102 97/6

DE L'OVARIOTOMIE.

JB

DE

L'OVARIOTOMIE

RELATION

DE TROIS NOUVEAUX CAS D'OVARIOTOMIE

PAR

M. le docteur GUSTAVE BODDAERT,
Chirurgien de l'hôpital civil et des hospices d'aliénés à Gand, etc.

(Ext. du *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, T. VII, 3me sér. no 6).

BRUXELLES,
LIBRAIRIE DE HENRI MANCEAUX,
IMPRIMEUR DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE,
8, Rue des Trois-Têtes, 8 (Montagne de la Cour).

1873

DE

L'OVARIOTOMIE.

M. Spencer Wells de Londres, vient de publier l'histoire de l'ovariotomie en Belgique. D'après le célèbre ovariotomiste anglais, une vingtaine d'opérations auraient été pratiquées dans notre pays, et de ce nombre, quatre opérations seulement auraient été suivies de succès. Il est assez difficile de contrôler l'exactitude du chiffre d'opérations mentionné dans l'ouvrage du chirurgien anglais.

Presque toutes ces opérations ayant été suivies d'insuccès, la plupart des chirurgiens qui les avaient pratiquées, ne les ont point publiées.

D'après Spencer Wells, les quatre guérisons auraient été obtenues l'une, par lui-même, en 1871, à Gand, et les trois autres par moi, dans mes trois premières opérations. Parmi les opérations pratiquées en Belgique avec succès, il faut encore compter l'opération faite en 1870, par le chirurgien de Paris M. Boinet, et celle de Stilling à Namur en 1871. Aujourd'hui, en octobre 1872, les chirurgiens ayant pratiqué l'ovariotomie avec succès en Belgique, sont les suivants :

		Nombre d'opérations.	Résultats.
M. Sp. Wells, de Londres	(1865-1871)	deux opér.	une guérison.
M. Boinet, de Paris	(1870)	une opér.	guérison.
M. Stilling, de Cassel	(1871)	une opér.	guérison.
Dr G. Boddaert, de Gand	(1870-1872)	cinq opér.	quatre guérisons.

Ainsi en Belgique, sur neuf opérations pratiquées par des chirurgiens ayant eu des succès, on compte sept guérisons.

Tels sont les seuls résultats favorables obtenus dans notre

pays, à la suite de l'ovariotomie. Parmi les opérateurs ayant pratiqué l'extirpation des kystomes ovariques avec succès figurent, comme on le voit, trois chirurgiens étrangers et un seul chirurgien belge.

Les opérations d'ovariotomie, que j'ai pratiquées jusqu'ici, m'ont donné des résultats très-favorables. Leur chiffre est évidemment encore trop peu élevé pour en tirer des conclusions définitives. Je me permets cependant de faire remarquer que les guérisons obtenues jusqu'ici dans mes opérations, correspondent au chiffre de 80 pour 100 ou à une mortalité de 20 pour 100 seulement. Ces résultats s'éloignent très-peu de ceux obtenus par les chirurgiens anglais dans leurs séries les plus heureuses.

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie Royale de médecine de Belgique, la relation de trois opérations d'ovariotomie faites par moi, dans les premiers mois de 1872.

TROISIÈME CAS D'OVARIOTOMIE (1). — *Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. — Une ponction. — Ovariotomie. — Adhérences pariétales et épiploïques. — Guérison.*

Au commencement de l'année 1872, mon honorable collègue, M. le Dr P. Van Vossem, de Gand, m'adressa une de ses malades, atteinte de kystome de l'ovaire. C'était une fille âgée de 31 ans, nommée Amélie van B... Elle demeurait à Gand, avait été ouvrière de fabrique ; mais depuis le développement pris par le ventre il lui avait fallu renoncer entièrement au travail.

(1) Voir pour la relation de mes deux premiers cas d'ovariotomie, les *Bulletins de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*, 3e sér., t. V, no 7, et 3e sér., t. VI, no 5, p. 481.

En examinant l'abdomen, je constatai la présence d'une tumeur remplie de liquide, assez volumineuse, car à hauteur de l'ombilic le pourtour du corps mesurait un mètre dix centimètres. La tumeur s'étendait en haut jusque dans le creux épigastrique et latéralement, elle occupait les flancs laissant les lombes complétement libres. Les intestins étaient refoulés en haut et en arrière, au devant de la tumeur il n'existait aucune anse intestinale.

Les règles étaient régulières, l'été passé le flux menstruel avait été assez abondant et chaque période avait duré plusieurs jours. Actuellement les périodes sont régulières, normales, et ne durent plus que deux ou trois jours. Depuis plusieurs années la malade souffre d'une leucorrhée assez abondante.

Après un examen local, j'établis le diagnostic suivant : *kystome de l'ovaire gauche en grande partie uniloculaire adhérent à la paroi antérieure de l'abdomen et à pédicule assez court.* Quant à la question de l'ovariotomie, le cas était localement très favorable pour être guéri par cette opération. Malheureusement, l'état général de la malade n'était point aussi satisfaisant.

La santé générale de notre malade était des plus chancelantes : elle était pâle, émaciée, faible, amaigrie par les privations et la maladie. Tous les symptômes de l'anémie existaient chez ma malade : pouls faible, petit, teint pâle, respiration haletante, impossibilité de supporter le moindre exercice. La malade restait constamment à la maison, assise sur une chaise : au moindre mouvement la respiration lui manquait et la forçait au repos. Ajoutons encore, que la malade avait été atteinte de rachitisme dans son jeune âge.

Elle était très-petite de taille, boitait en marchant, la jambe droite étant plus courte que celle du côté gauche, et les deux tibias étaient courbés en dehors.

Telles étaient les conditions dans lesquelles la malade se présentait. L'état général était comme on peut en juger par ma courte description, loin d'être favorable pour l'opération, et sans présenter des contre-indications formelles, je jugeai cependant plus prudent d'attendre, et de tenter de restaurer l'organisation délabrée de cette malheureuse fille.

La tumeur avait acquis un assez grand développement, et je me décidai à y pratiquer une ponction. Je fis cette opération le 16 janvier 1872. Le liquide qui s'écoula mesura dix-huit litres; il était de couleur brune, contenait beaucoup de matière colorante, une assez grande quantité de globules de sang et plusieurs caillots fibrineux. La malade se remit parfaitement de cette opération et retourna chez ses parents.

Le liquide se reproduisit assez lentement : au mois d'avril l'abdomen avait acquis de nouveau un développement assez grand. L'appétit faiblissait et les mouvements devenaient gênés. Les digestions étaient rédevenues lentes et laborieuses. La nécessité d'une opération s'imposait, et quoique l'état général ne fut point aussi favorable que je le désirasse, je jugeai cependant que la constitution irait en s'affaiblissant de plus en plus, et je résolus d'extirper le kystome de l'ovaire par l'ovariotomie.

La malade consentit à l'opération. L'ovariotomie fut pratiquée à Gand, le 7 mai 1872 à 10 heures du matin, au couvent des Sœurs-Augustines (Sœurs noires). Mes aides, comme dans mes opérations précédentes, étaient M. le professeur Burggraeve et M. le docteur De Moerloose. Plusieurs médecins

assistèrent à l'opération : MM. les docteurs Dumont, Stoops, Pessenner, Morel et un élève de l'hôpital civil, M. Dumont fils.

La malade enveloppée d'une longue chemise de flanelle et d'un caleçon de la même étoffe se coucha sur la table d'opération. Mon ami, M. le professeur Van Bambeke s'était chargé de conduire et de surveiller l'anesthésie de la malade. L'anesthésique employé fut le bichlorure de méthylène, il fut administré par l'appareil du docteur Jünker. Après quelques minutes d'administration de l'anesthésique, la malade vomit une petite quantité de matières glaireuses. Cet accident ne fut que passager, l'anesthésie continua régulièrement et fut bientôt complète. L'opération devait être conduite, chez une malade d'une constitution aussi mauvaise et aussi affaiblie, en ne produisant que les lésions absolument nécessaires et en limitant le plus possible le traumatisme. Dans ce but, je pratiquai une petite incision aux parois abdominales. Je la fis sur la ligne blanche et dans une étendue d'environ huit centimètres. Le péritoine incisé, la tumeur se présenta, au devant d'elle, l'épiploon était adhérent à la surface antérieure du kystome dans une étendue d'environ quinze à vingt centimètres. Cette partie adhérente fut détachée avec de grandes précautions. Une hémorrhagie peu abondante cependant se produisit, elle fut complétement arrêtée par la ligature de deux vaisseaux. Puis, je m'attachai à détruire les adhérences pariétales. La tumeur libre de ses attaches antérieures fut vidée au moyen du trocart de Spencer Wells. Le kystome fut attiré au dehors, une partie épiploïque était encore adhérente à droite. Je la détachai d'un coup de ciseaux, après avoir jeté une ligature au-dessus. La tumeur put alors être enlevée complétement de l'abdomen. Elle restait adhérente

par un pédicule court, large et membraneux, long d'environ trois centimètres; ce pédicule fut introduit dans un clamp angulaire de Spencer Wells. Le clamp fut serré et la tumeur séparée au moyen du bistouri. L'ovaire gauche était le siége de la production morbide, à droite l'ovaire était parfaitement sain. Après m'être assuré de l'absence de toute hémorrhagie dans le ventre je procédai à la fermeture de la plaie. Cinq points de suture comprenant toute l'épaisseur des parois abdominales ainsi que le péritoine furent appliqués. Au-dessus du clamp je plaçai un point de suture superficielle ne comprenant que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. La paroi abdominale était tirée en arrière par le pédicule court, et à hauteur du clamp, cette paroi était légèrement déprimée. Des emplâtres agglutinatifs et un bandage de corps complétèrent le pansement.

L'opération, pansement compris, avait duré environ vingt-cinq minutes, la perte de sang avait été insignifiante. L'anesthésie fut complète pendant toute la durée de l'opération : dix-huit grammes de chlorométhyle furent employés.

Le kystome enlevé avait contenu 10 litres de liquide de couleur brunâtre, peu épais et les parties solides extirpées pesaient environ 1200 grammes.

L'opérée fut placée dans un lit bien chauffé. Après l'opération son pouls très-lent, battait 70 fois par minute, la température était de 36°2. L'opérée se réveilla et accusa une légère douleur dans le ventre. Une heure après, une bonne transpiration s'établit, le pouls se releva, monta à 82 pulsations par minute et la température à 37°. Vers 6 heures, la malade ressent quelques nausées, elles disparaissent au bout de quelques temps et tout rentre dans le calme. Le soir, le pouls est

à 92 pulsations par minute et la température à 38°. Le ventre est insensible, la malade ne se plaint d'aucune douleur : dix centigrammes d'extrait gommeux d'opium sont administrés.

Le lendemain 8 mai, l'état reste des plus satisfaisants. La malade prend du bouillon et du lait, la soif est peu intense, l'urine claire, la langue nette et rosée. Le matin la température est à 37°. Le pouls a 80 pulsations et la respiration a 24 mouvements respiratoires par minute. Le soir, la température monte à 38° et les pulsations à 88, 92 par minute. Cinq centigrammes d'extrait gommeux d'opium sont administrés dans la soirée.

9 mai, 5e jour. La malade est calme et tranquille, elle a bien dormi et se sent parfaitement reposée. Le pansement est enlevé, la plaie est parfaitement cicatrisée : le pédicule entièrement momifié, point de suintement ni d'inflammation. Le ventre est aplati, la malade n'y ressent aucune douleur. L'urine est claire, abondante, un peu plus colorée que la veille. Le régime est le même que celui d'hier, mais un peu plus abondant.

Le soir, la température monte de nouveau à 38°, les pulsations sont de 88 et les mouvements respiratoires de 20 par minute. La malade se plaint de quelques flatuosités : l'urine est légèrement trouble. L'opérée prend quelques cuillerées de citrate de potasse, et 10 centigrammes d'extrait gommeux d'opium sont administrés.

10 mai, 4e jour. L'état satisfaisant continue. Le citrate de potasse est administré par cuillerées. La malade prend du bouillon et du vin. La plaie est complétement réunie. Température normale : 36°8.

11 mai, 5e jour. Trois points de suture sont enlevés, la plaie

est fermée : point de sensibilité, ni de rougeur à la surface de la plaie. La température est normale, le pouls très lent a 68 pulsations par minute. L'opérée prend un œuf, du biscuit et un potage.

Le 7e jour, les derniers points de suture sont retirés. La malade mange une portion de ris de veau.

Depuis ce jour, la marche vers la guérison a été constante et tout à fait régulière. Au 11e jour, j'ai enlevé le clamp, au 10e première garde robe au moyen d'un lavement. L'appetit est complet. Les règles ont reparu le 23 mai, et le 24 l'opérée se levait et restait assise dans un fauteuil.

Vers le 16e jour, le moignon du pédicule était recouvert d'un bourgeon charnu grand comme une noisette. Les cautérisations au nitrate d'argent n'étaient point parvenues à le faire disparaître. Je l'enlevai au moyen d'un fil ciré et la surface de section fut touchée au moyen d'un crayon de nitrate d'argent. Les bords de la peau ne tardèrent pas à recouvrir la moignon du pédicule et après la cicatrisation complète de la plaie, il n'y eut aucun enfoncement à l'endroit où le pédicule était inséré.

Remarques.. Ce cas d'ovariotomie fut surtout remarquable par la régularité de la marche vers la guérison qui succéda à l'opération. L'ovariotomie fut pratiquée en produisant le moins de traumatisme possible : l'incision fut petite, l'hémorrhagie presque nulle ; toute l'opération fut exécutée très-rapidement. Aussi la malade resta à peu près dans un état normal après l'opération. Il n'y eut point de fièvre. Le soir des trois premiers jours la température montait à 38°, température qui n'est que le maximum de la température normale. Depuis le quatrième jour la température ne dépassa plus 37°.

Si j'insiste sur ces faits, c'est afin d'appeler l'attention des chirurgiens sur cette vérité : que l'ovariotomie dans certains cas, régulièrement pratiquée, trouble peu ou point l'organisme de l'opérée. Que n'a-t-on pas dit de cette opération! Quels gros mots ne lui a-t-on point appliqués! Heureusement les chirurgiens ovariotomistes ne s'en sont point effrayés! Ils ont continué leurs travaux et ont réussi, malgré toutes les oppositions, à doter la science d'une de ses plus belles conquêtes, la chirurgie d'une de ses grandes ressources et l'humanité d'un incontestable bienfait.

QUATRIÈME CAS. — *Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. — Sept ponctions. — Inflammation et suppuration du kyste. — Commencement de fièvre d'absorption. — Ovariotomie. — Péritonite asthénique. — Mort au sixième jour.*

Le 19 mars 1872, je me rendis à Wervicq (France) pour examiner la nommée Joséphine D..... J'étais appelé par mes honorables confrères M. Cuvelier, de Commines (France), et MM. Verriest et Descamps médecins à Wervicq (Belgique). Cette femme était mariée depuis 16 ans et avait eu pendant son mariage trois enfants, dont deux étaient encore vivants. La malade était âgée de 45 ans et avait toujours joui d'une excellente santé.

Cette femme portait à l'intérieur de la cavité abdominale un kystome ovarique. La tumeur avait développé le ventre irrégulièrement. A gauche, l'abdomen avait plus de largeur qu'à droite. La tumeur était assez mobile, mais cette mobilité n'était point complète. En avant et en haut, la tumeur avait contracté des adhérences nombreuses. La tumeur était formée de plusieurs loges, dont l'une très-grande

s'étendait à gauche dans les flancs, et jusque dans les côtes. Le contenu de cette loge était très-liquide, la fluctuation et le choc étaient manifestes partout. Il n'en était point de même à droite. Dans la région inguinale droite, une loge avait un contenu assez épais, et au dessus se trouvaient deux autres parties de la tumeur, dont la consistance était presque solide. La tumeur s'étendait en haut jusque dans le creux épigastrique et latéralement, jusque dans les flancs. Les intestins se trouvaient refoulés en arrière et sur les côtés.

La tumeur n'a point contracté d'adhérences ni avec la vessie, ni avec l'utérus, ni avec le rectum. Les périodes menstruelles sont arrêtées : elles existaient encore pendant les deux premiers mois de l'apparition de la tumeur. Puis elles n'ont plus reparu ; la femme se croyait enceinte.

L'appétit s'est conservé, les fonctions de l'intestin sont régulières, les diges tions se font lentement et les garde-robes sont normales. La femme ne présente aucun symptôme d'une affection morbide du poumon ou du cœur. Le pouls est régulier, très-faible et bat 82 fois par minute.

Interrogée sur l'origine de la tumeur, la malade nous apprend que l'abdomen a commencé à se développer onze mois auparavant. Elle n'a point consulté de médecins au début de son affection parce qu'elle se croyait enceinte. Il lui avait semblé sentir les mouvements de l'enfant, et neuf mois après le début du développement de l'abdomen, elle appela le docteur Verriest pour l'aider dans sa delivrance. L'erreur de la femme fut reconnue immédiatement, son accoucheur constata l'existence d'un kyste ovarique.

La constitution était restée bonne, la femme était forte, peu amaigrie, et faisait ses quatre repas par jour.

Telle était la situation de la malade au 19 mars 1872. Je fis

ce jour la ponction de la grande loge du kyste. Il s'écoula douze litres d'un liquide clair, limpide et filant. La plaie produite ne se ferma qu'au bout de quelques jours. Je prescrivis à la malade un traitement tonique et de plus je lui conseillai les ferrugineux afin de combattre l'anémie qui existait.

Au bout d'un mois environ, le liquide s'était reproduit dans la grande loge du kyste. Dès que la tumeur atteignait un grand développement, la malade était prise de vomissements persistants, véritablement incoërcibles, car aucun traitement ne parvenait à les arrêter. Un seul moyen se montrait efficace, c'était la réduction de la tumeur par une ponction. M. le docteur Verriest fit cette opération et tout rentra immédiatement dans l'ordre.

La constitution de la femme ne tarda point à s'entamer. La malade maigrissait, les forces diminuaient rapidement, et la nécessité de l'ovariotomie s'imposa. La santé de la malade n'était qu'à ce prix et l'opération devenait la seule chance de salut. La femme en était convaincue comme moi, et elle demandait l'opération comme un bienfait. Elle sentait ses forces disparaître peu à peu et était persuadée qu'au bout de très-peu de temps, la tumeur ovarique l'aurait infailliblement conduite au tombeau.

Je résolus de lui faire l'opération, et d'accord avec nos confrères, je la fixai au commencement du mois de mai. Malheureusement, l'opération de Amélie Van B...., (voir le cas précédent) s'imposa vers la même époque. Je crus pouvoir remettre l'opération de la dame de Wervicq jusqu'après la guérison complète de la malade de Gand. Cette remise fut des plus préjudiciables pour la dame de Wervicq. Vers le 20 mai, les vomissements réapparurent et une nouvelle ponction (la septième) fut pratiquée le 21 mai.

Le 29 mai 1872, je me rendis à Wervicq. La malade avait notablement maigri depuis un mois, les forces étaient diminuées et un œdème des membres inférieurs était venu compliquer encore la santé chancelante de la malade. Depuis la dernière ponction, la malade avait eu chaque jour vers le soir de légers frissons et de la fièvre. La température était à 38° et le pouls à 100 pulsations par minute. Depuis la dernière ponction, une inflammation purulente du kyste avait compliqué la situation, et déjà une infection assez légère avait commencé. Quelques mauvaises que fussent les conditions dans lesquelles l'opération allait se pratiquer, il devenait urgent d'y procéder au plus vite et d'enlever sans délai, la cause de l'infection. J'y procédai le jour même, le 29 mai 1872.

MM. les docteurs de Mocrloose et Van Bambeke avaient consenti à m'accompagner ainsi que la garde sœur Françoise des sœurs Augustines à Gand. Je saisis cette occasion pour témoigner à mes amis ainsi qu'à la garde ma sincère reconnaissance pour le précieux concours qu'ils ont bien voulu me prêter en cette circonstance. L'opération eut lieu à Wervicq (France). Les assistants furent MM. les docteurs Cuvelier et Logie de Wervicq (France), MM. Descamps fils et Verriest de Wervicq (Belgique), M. le docteur Soete fils, de Gheluwe, ainsi que M. Dumont fils, élève de l'hôpital civil de Gand.

La femme fut couchée sur la table d'opération à midi et demi, M. Charles Van Bambeke administra l'anesthésique le bichlorure de méthylène, au moyen de l'appareil du docteur Jünker. L'anesthésie marcha très-régulièrement et fut complète au bout de cinq minutes. Je fis l'incision des parois abdominales sur la ligne blanche au-dessous de l'ombilic vers les pubis, dans une étendue de 12 centimètres. Le péritoine

incisé, la tumeur se présenta : elle était adhérente à toute la face interne de la paroi de l'abdomen. Le kyste fut ponctionné, malheureusement la paroi du kyste était ramollie, elle se déchira et laissa écouler du liquide entre le trocart. Ce liquide était purulent, très-fétide et complètement décomposé. J'eus soin de prendre toutes les précautions pour qu'il ne s'en écoula point dans le péritoine.

Le liquide évacué, je procédai à la destruction des adhérences. Ce temps de l'opération présenta de grandes difficultés, quelques-unes des loges du kyste avaient des parois minces et transparentes; elles se déchirèrent par les efforts qu'il fallut faire pour les détacher de la paroi abdominale. La tumeur fut bientôt libre sur les côtés. Arrivé à la face postérieure de la tumeur et en détachant les dernières adhérences du kyste, un flot de liquide jaillit tout-à-coup par la plaie abdominale. Ce liquide provenait de la cavité abdominale. C'était une ascite rétro-kystique qui s'était formée après que la tumeur eut contracté ses adhérences avec la paroi abdominale.

Je continuai l'opération et j'arrivai aux adhérences supérieures; elles s'étendaient de la tumeur jusqu'au diaphragme. Elles étaient très-fortes et je ne parvins pas à les détacher avec la main. Il fallut agrandir l'incision : l'incision remonta jusqu'au dessus de l'ombilic. Cette prolongation donna une étendue d'environ 20 à 23 centimètres à la plaie abdominale. Les adhérences supérieures furent saisies dans trois pinces à adhérences de Spencer Wells, puis coupées au moyen de ciseaux. La tumeur rendue libre put être facilement extraite de l'abdomen. Le pédicule était très-large, membraneux, assez court : il renfermait la trompe de Fallope qui se prolongeait sur toute la face latérale de la tumeur. La trompe avait une

longueur d'environ 20 centimètres. Le pédicule fut serré dans le nouveau clamp angulaire de Spencer Wells, et d'un coup de ciseaux, je détachai la tumeur à environ 1 centimètre au-dessus du clamp.

Puis je fis la ligature des vaisseaux contenus dans les adhérences saisies dans les pinces. Huit vaisseaux furent liés au moyen de fils de soie, les bouts coupés près des nœuds et les ligatures abandonnées dans le ventre. L'hémorrhagie était complètement arrêtée. La cavité abdominale fut nettoyée avec beaucoup de soin et la plaie abdominale fut fermée au moyen de douze points de suture profonds faits avec des fils de soie. Le pédicule fut inséré dans l'angle inférieur de la plaie et un point de suture superficielle ramena la peau autour du pédicule.

L'opérée fut pansée et placée dans un lit bien chauffé. L'opération, malgré les difficultés qu'elle avait présentées, n'avait duré que trois quarts d'heure. La femme avait perdu environ 250 à 300 grammes de sang. Pendant tout le temps de l'opération, la malade avait été maintenue dans un état d'insensibilité complète. La quantité de chlorométhyle employée fut 12 grammes.

Le contenu liquide de la tumeur mesurait 10 à 12 litres. C'était un liquide purulent déjà décomposé et répandant une odeur des plus fétides. La partie solide de la tumeur enlevée pesait 4100 grammes.

Après l'opération, la femme se trouvait dans un état très-satisfaisant. La température était descendue à 37° et le pouls ne battait que 100 fois par minute. Les pulsations étaient fermes, dépressibles cependant. Quand l'opérée sortit du sommeil anesthésique, elle déclara se sentir très-bien. Ni nausées ni vomissements.

Le premier jour, les parois abdominales laissèrent couler par la plaie le liquide œdémateux qui s'était accumulé dans le tissu cellulaire. Au bout de quelques heures, tout l'appareil de pansement fut mouillé et le soir il dut être entièrement renouvelé.

La température monta vers le soir à 39° et le pouls battait 120 fois par minute. Il était ferme, assez plein. Une bonne transpiration s'établit. L'urine était claire, abondante, sans dépôts : elle fut évacuée par la sonde. Avant la nuit, 10 centigrammes d'extrait gommeux d'opium furent administrés. La femme dormit bien et fut calme et tranquille pendant la nuit.

Le matin, 30 mai, la fièvre était tombée. La température était à 36° 8, le pouls à 100 pulsations assez ferme. Le suintement du liquide de l'œdème s'est arrêté. La plaie se présente bien. Aucune douleur n'existe. La femme prend du bouillon avec plaisir. La langue est humide et rosée.

Le soir la température de la malade est à 38°4, et le pouls à 130 pulsations. La femme s'est reposée pendant la journée, elle se déclare très-satisfaite de l'opération pratiquée.

Le 31 mai, l'état favorable commence à se troubler : le soir la température est à 39° 5 et le pouls à 140 pulsations par minute. Le lendemain 1er juin, tous les symptômes d'une péritonite asthénique se déclarent ; cette grave complication ne peut être enrayée et l'opérée meurt au sixième jour de l'opération, le lundi 3 juin à 11 heures et demie du matin.

Il me fut impossible, à mon grand regret, de pratiquer l'autopsie.

Remarques. — L'inflammation suivie de suppuration des loges kystiques est une des complications les plus graves des kystes ovariques. La malheureuse femme, dont le kyste s'en-

flamme, est fatalement condamnée à la mort, et dans un bref délai. Nous ne possédons aucun moyen sûr et certain pour combattre cette fâcheuse complication. J'ai vu mon savant maître, M. Spencer Wells, tenter dans un cas l'injection iodée et échouer : la femme mourait deux jours après. L'ovariotomie est incontestablement le traitement le plus rationnel à appliquer dans ces cas. La source de l'infection purulente doit être enlevée. Dans le plus grand nombre de cas, l'opération sera suivie d'insuccès; mais l'ovariotomie peut cependant sauver quelques-unes des malheureuses chez lesquelles ce grave accident sera survenu. Spencer Wells a obtenu quelques succès par l'ovariotomie : il cite notamment un cas de guérison dans une de ses leçons cliniques publiées par le *Medical Times* (1). C'était une demoiselle de 21 ans, atteinte de kyste ovarique enflammé. « Je n'avais aucun doute, dit « le célèbre ovariotomiste anglais, l'inflammation du kyste « avait suivi la ponction, *et le seul moyen de sauver la vie a « cette jeune fille était de lui enlever le kyste.* Je ne connais, « ajoute Spencer Wells, pas de situation plus pénible pour un « chirurgien. Il voit une malade entraînée vers la mort par « une tumeur qu'il peut enlever et d'un autre côté, il doit « craindre que l'extirpation de la tumeur ne précipite la fin. « L'état général de la malade doit s'améliorer de manière à « lui permettre de supporter un choc nerveux intense, et de « réparer le trouble fonctionnel causé par l'incision et la « séparation des adhérences. S'il opère trop tôt, ou s'il attend « trop longtemps, la malade est perdue. »

Dans cette même leçon, Spencer Wells cite deux autres cas, dans lesquels l'extirpation des kystes en suppuration a été

(1) *Medical Times*, 1872, vol. I, p. 92. *On the varieties of fever wich follow surgical operations*, by Th. Spencer Wells.

suivie de guérison. Les probabilités de guérison sont évidemment beaucoup moins nombreuses dans ces opérations que dans une ovariotomie pratiquée pour un kyste à contenu colloïde ou liquide et vierge de tout produit d'inflammation. La malade, quelques faibles que soient les chances de guérison, en a du moins quelques-unes en laissant faire l'opération ; tandis qu'en gardant la source de l'infection, elle est fatalement et irrévocablement condamnée à la mort. Ce sont ces considérations qui m'ont guidé, en pratiquant ma quatrième ovariotomie. J'ai voulu, comme c'était mon devoir du reste, accorder à ma malade le dernier moyen qui lui restait pour récupérer la santé et la vie. A la suite de l'infection purulente, (surtout quand elle est produite, comme c'était le cas, par une douzaine de litres de liquide purulent), la mort arrive rapidement comme on sait, et si l'ovariotomie a abrégé l'existence de mon opérée, tout au plus ne l'a-t-elle fait que de quelques jours.

La suppuration des kystes ovariques est un accident qui est loin d'être rare. J'ai observé cette complication quatre fois déjà sur une cinquantaine de cas de tumeurs ovariques que j'ai eus en traitement. Ces quatre malades ont succombé à l'infection purulente. La complication, au moment où je les vis, avait fait de trop profonds ravages dans l'organisme de ces malheureuses, et l'ovariotomie n'aurait pu leur être d'aucun secours. Une demoiselle d'Anvers, chez laquelle je fus appelé en consultation par mon honorable confrère, M. le docteur Pinnoy, fut atteinte d'inflammation purulente du kyste à la suite de l'écoulement par l'intestin et le rectum, du liquide contenu dans la plus grande loge du kyste. Au moment où je fus appelé, la malade était dans un état comateux qui se termina par la mort, deux jours après. La tu-

meur ovarique était distendue par des gaz fétides, résultat de la décomposition des matières fécales qui avaient passé dans la loge kystique et de la suppuration qui en avait été la conséquence. L'absorption purulente était trop avancée pour tenter encore l'ovariotomie.

CINQUIÈME CAS. — *Kyste mutiloculaire de l'ovaire droit de huit ans de durée. — Trente-deux ponctions. — Ovariotomie. — Adhérences pariétales, intestinales et au rein droit. — guérison.*

Au mois de novembre 1871, je fus appelé par mon honorable confrère, M. le docteur Van Peteghem, chez une de ses malades, la nommée Marie de J....., béguine du petit Béguinage, à Gand. Cette femme était âgée de 38 ans, et souffrait d'une tumeur abdominale, pour laquelle son médecin désirait me consulter. Le ventre de cette malade avait cette configuration pyriforme qu'il prend si fréquemment chez les femmes atteintes de kystes ovariques. Les parois abdominales étaient régulièrement tendues sur une tumeur à surface entièrement lisse. En haut, en bas et latéralement à gauche, la mobilité de la tumeur est très-grande, à droite elle l'est moins. A gauche, la tumeur s'étend jusque dans les flancs, mais à droite, elle se continue en arrière jusque dans les lombes. Je ne constate de crépitation en aucun endroit. Dans le petit bassin il n'y a point d'adhérences ; la matrice est attirée à droite, le col est arrondi et fermé. En haut et à droite, la tumeur monte jusqu'au foie, le bord inférieur de la glande s'étend sur le kyste : à gauche les intestins et

l'estomac se trouvent au-dessus de la face supérieure de la tumeur.

La malade nous raconte qu'elle s'est aperçue de l'existence de cette tumeur environ une huitaine d'années auparavant. Le médecin qui fut appelé constata la présence d'une tumeur dans le flanc droit, peu à peu cette tumeur avait augmenté de volume, s'était étendue au delà de la ligne médiane puis en progressant elle avait atteint le côté gauche de l'abdomen. Une année après avoir constaté le kyste, le médecin la ponctionna, les ponctions devinrent de plus en plus fréquentes et actuellement le kyste est vidé par le trocart à peu près tous les mois. Jamais à la suite de ces différentes opérations la malade n'a eu de péritonite très-intense : de temps à autre seulement la malade accusait quelques douleurs vagues, surtout à gauche : un vésicatoire volant les faisait disparaître.

La malade avait été soumise au traitement habituel, les purgatifs, les diurétiques et les altérants furent administrés sans produire le moindre effet sur la tumeur, et sans exercer la plus petite influence sur la marche du kyste.

Au mois de novembre 1871, la tumeur avait déjà pris un développement considérable. Le médecin traitant et moi, nous fûmes d'accord pour pratiquer la ponction. Le médecin la fit dans le flanc gauche. Il s'écoula par la canule trente litres d'un liquide clair, légèrement jaunâtre très-limpide et non filant. La tumeur fut vidée presque complétement : quelques loges du kyste persistèrent après cette ponction.

En examinant la tumeur avec soin, je constatai que le kyste était adhérent au rein droit et que très probablement une anse intestinale était adhérente au devant et à gauche de la tumeur. Cet examen, en me donnant des connaissances

plus précises sur les rapports de la tumeur avec les organes voisins, rendait l'origine de la tumeur plus obscure et venait compliquer le diagnostic. Etait-ce un kystome ovarique adhérent au rein droit, ou un kyste du rein ?

Je n'ignorais pas que les kystes du rein peuvent être pris pour des kystomes ovariques et Spencer Wells a écrit un remarquable travail sur le diagnostic différentiel de ces deux espèces de tumeurs (1). Il est évident, dit le célèbre ovariotomiste anglais dans ce travail, *from the cases just narrated, that both solid and cystic tumours of the kidneys may be mistaken for ovarian tumours*. Parmi les symptômes, qui doivent aider le chirurgien dans son diagnostic, se place en premier lieu la position de l'intestin. Les tumeurs ovariques se trouvent, règle générale, placées au devant de l'intestin : tandis que les kystes du rein sont en général situés derrière les intestins. Le cas, que j'avais à traiter, présentait cette situation anormale : l'intestin à gauche se trouvait au devant de la tumeur, et d'après la position anatomique de la tumeur et ses adhérences au rein droit, elle semblait plutôt prendre son origine dans ce dernier organe. *The discovery of the intestine,* dit Spencer Wells, *in front of a doubtful abdominal tumour, should lead to a careful examination of the urine.* L'urine de la malade fut analysée plusieurs fois, je ne pus y découvrir ni corpuscules de sang, ni pus, ni albumine, ni cellules épithéliales. En second lieu, j'analysai chimiquement et microscopiquement le liquide du kyste. Aucun élément de l'urine ne put y être découvert, il en fut de même pour tous les autres éléments, pouvant

(1) Spencer Wells. *On the diagnosis of renal from ovarian cysts and tumours.* In *Dublin quarterly Journal of medical Science.* February 1867.

provenir du rein. Otto Spiegelberg (1) avait opéré une tumeur à échinocoques du rein croyant que la malade portait un kystome de l'ovaire. J'eus soins d'examiner le liquide du kyste mais malgré des examens répétés, je ne pus y trouver des traces d'échinocoques.

Le savant professeur de chirurgie de Heidelberg, M. Simon (2) vient d'enrichir la science d'un manuel d'investigation pour le diagnostic différentiel des tumeurs ovariques d'avec les tumeurs rénales. C'est le cathétérisme du colon descendant. Il a présenté au dernier Congrès des chirurgiens allemands un travail intitulé : *Differentialdiagnose der Hydronephrosen und Eierstockscysten*, et dans lequel il s'attache à démontrer que dans le cas de tumeurs douteuses du côté gauche, l'introduction de sondes dans le colon descendant peut être d'une grande utilité pour parvenir à constater l'origine de la tumeur. Dans le cas d'hydronéphrose gauche, le cathétérisme démontrera que la tumeur se trouve en arrière du colon descendant, tandis que les tumeurs ovariques ne peuvent jamais être situées derrière cette partie de l'intestin. Ce sont, comme on voit, les mêmes symptômes indiqués déjà par Spencer Wells, mais *établis* avec plus de précision. A défaut du cathétérisme du colon, qui d'ailleurs ne saurait être utile que pour les tumeurs du côté gauche, il y a un autre signe de grande valeur : c'est la présence dans le liquide du kyste des cellules épithéliales cylindriques ; on ne les *rencontre* que *dans* les kystomes ovariques. Ces cellules particulières, spéciales aux tumeurs kystiques de l'ovaire, sont

(1) *Echinococus der rechter Niere. Verwechselung mit Ovarialkystom Extirpation. Tod. Archiv fur Gynæcologie.* Bd. I, 1870, p. 146.

(2) *Langenbeck's Archiv fur Klinische Chirurgie*, 1872, Bd. XV, p. 122.

caractéristiques. Dans le liquide d'une des ponctions que nous fîmes à notre malade, je les observai, et leur présence ainsi que l'absence de tous les caractères d'une tumeur rénale me conduisit à établir avec sûreté le diagnostic suivant : *Kystome multiloculaire de l'ovaire droit, adhérent au rein droit, avec anse intestinale très-probablement adhérente à gauche, au devant de la tumeur.*

L'extirpation de cette tumeur eut lieu le 4 juillet 1872, à l'établissement des sœurs Augustines (sœurs noires) à Gand. M. De Moerloose m'aida dans cette opération. Mon ami le professeur Van Bambeke se chargea de conduire l'anesthésie de la malade : ce fut le bichlorure de méthylène qui fut employé. Les médecins présents à cette opération furent M. le docteur Dechange, médecin principal de l'armée, M. Poirier, professeur à l'Université, MM. les docteurs Dumont, Pessemier, Stoops, Morel, Biebuyck et M. le docteur Van Peteghem, médecin traitant de la malade. Sous l'influence du bichlorure de méthylène, la malade s'endormit sans présenter ni excitation ni vomissements. L'anesthésie fut bientôt complète. Je fis l'incision sur la ligne médiane, elle avait une longueur d'environ douze centimètres. Le péritoine incisé, le kyste se présenta, c'était un kyste à parois très-fragiles minces comme une feuille de papier. La tumeur était adhérente à la paroi abdominale antérieure. La loge principale qui se présenta se rompit, et le liquide clair qu'elle contenait s'écoula au dehors. L'écoulement terminé, je procédai à la mise en liberté de la tumeur. Les adhérences pariétales se détachèrent assez facilement, à gauche, comme je l'avais diagnostiqué, une anse intestinale était adhérente à la tumeur dans l'étendue d'environ vingt centimètres. Je la détachai avec beaucoup de prudence et plaçai trois ligatures perdues sur les vaisseaux

de la partie adhérente. La tumeur fut bientôt complétement libre du côté gauche. Je détachai ensuite les adhérences pariétales du côté droit de la tumeur et j'arrivai bientôt à l'adhérence de la tumeur au rein droit. Elle se détacha sans trop grande difficulté au moyen des doigts et la tumeur rendue complétement libre fut attirée vers la plaie abdominale. Une loge assez grande mettait obstacle à la sortie, j'y plongeai le troccart de Spencer Wells, elle se vida, et la tumeur put alors être extraite complétement. Le pédicule long d'environ huit centimètres fut saisi dans un clamp angulaire de Spencer Wells et maintenu dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. Le pédicule était situé au côté droit de l'utérus : l'ovaire gauche était sain.

Le péritoine qui couvrait le rein droit était épaissi, d'un blanc nacré, et de nombreux vaisseaux le sillonnaient. Deux vaisseaux donnaient du sang à la surface de cette portion, là où j'avais détaché la tumeur. J'y plaçai deux ligatures de fil de soie et l'hémorrhagie s'arrêta complétement. J'épongeai avec grand soin la cavité abdominale, le petit bassin et les intestins, puis je remis tous les organes en place. Toute hémorrhagie avait cessé, et je procédai à la fermeture de la plaie abdominale. Elle fut faite au moyen de six points de suture en fil de soie, comprenant toute l'épaisseur des parois abdominales avec le péritoine. En outre, je plaçai deux points de suture superficielle. Le pansement de l'opérée fut celui que j'emploie habituellement, lait et emplâtres, le tout maintenu par un bandage de corps en flanelle.

L'opération avait duré un peu moins d'une heure. Le nettoyage de la cavité abdominale avait pris la plus grande partie du temps, les éponges furent plongées une soixantaine de fois pour enlever les caillots et les dernières traces du liquide

kystique. La perte de sang avait été d'une centaine de grammes environ. La malade fut maintenue anesthésiée pendant tout la durée de l'opération. La quantité de bichlorure de méthylène employée fut de 45 grammes.

La tumeur avait contenu une vingtaine de litres de liquide et la partie solide pesait 1800 grammes.

Après l'opération, je lus aux médecins, qui avaient assisté à l'opération, le diagnostic ci-dessus, il se trouvait inscrit au livret de la malade. Il fut trouvé exact en tous points et complétement confirmé par l'opération.

Après l'opération, la malade fut placée dans un lit bien chauffé. Elle sortit assez rapidement du sommeil anesthésique et dit n'avoir rien ressenti. Elle ne se plaignit d'aucune douleur, et n'eut ni nausées ni vomissements. Une heure après l'opération, la température était à 37° et les pulsations étaient de cent par minute.

Le soir, la malade ressentit quelques coliques, l'opium les fit disparaître.

5 juillet. L'opérée a passé une bonne nuit. Elle n'éprouve aucune douleur. La langue est humide, un peu chargée. La soif est légère, la peau a une bonne moiteur ; l'urine est claire et abondante.

Le soir la température monta à 38°5 et les pulsations furent de 104 par minute.

Depuis ce jour aucun symptôme remarquable ne se présenta. L'opérée guérit bien et rapidement. La malade n'eut plus de fièvre les jours suivants. Les fils furent retirés au cinquième et au septième jours. Le clamp fut détaché au dixième jour, le 14 juillet.

Un mois après l'opération la guérison était complète. Elle rentra au petit béguinage le jeudi 30 juillet.

Le résultat des cinq opérations que j'ai pratiquées jusqu'ici a été des plus satisfaisants. Je n'ai eu encore qu'un seul insuccès et l'on a vu dans quelles mauvaises circonstances, l'opération s'était imposée. C'était une ovariotomie, mais il m'est permis d'ajouter cependant, que ce n'était point l'extirpation d'un kyste ovarique tel que le chirurgien est le plus fréquemment appelé à en enlever. Malgré cet insuccès, le nombre de guérisons que j'ai obtenues correspond, comme je disais au début de mon travail, à 80 pour cent. Ce chiffre de guérisons est celui qu'obtiennent généralement les ovariotomistes les plus habiles ou les plus favorisés. Si je reviens sur le chiffre de mes succès, c'est pour montrer qu'en Belgique, nous n'en sommes plus, comme on le disait dans un article récent de la *Presse médicale belge*, à la période d'insuccès et de revers, par laquelle tous les pays ont passé. L'ovariotomie, me parait-il, donne des résultats aussi beaux et aussi complets en Belgique que dans les autres pays, et je suis heureux, pour ma part, de pouvoir en fournir la démonstration devant la première société scientifique de notre pays.

TABLEAU DES OPÉRATIONS D'OV

Par le Dr G

NUMÉROS.	MÉDECINS TRAITANTS.	DATE DES OPÉRATIONS.	Age des opérées.	DURÉE DE LA MALADIE, MARCHE, ET SYMPTÔMES.	TRAITEMENTS INSTITUÉS. PONCTIONS.	DIAGNOS
1	M. le professeur Burggraeve de Gand.	27 octobre 1871.	29 ans.	Trois ans auparavant, la malade avait ressenti une certaine gêne dans le bas-ventre. La tumeur se développa assez rapidement.	Une seule ponction, liquide visqueux.	Kystome m culaire d vaire gauc
2	Pas de médecin.	11 octobre 1871.	22 ans.	Début de la maladie six ans auparavant. Anémie et amaigrissement.	Une ponction donna 101 pintes d'un liquide clair légèrement filant. Quinquina et ferrugineux.	Kystome p unilocula l'ovaire d
3	Docteur Van Vossem de Gand.	7 mai 1872.	31 ans.	Tumeur développée en deux ans. Mauvaise constitution. Rachitisme.	Une ponction donna 18 litres d'un liquide brun sanguinolent visqueux. Quinquina et ferrugineux.	Kystome m culaire de re gauche
4	Docteur Cuvelier de Commines (France) et Verriest de Wervicq (Belgique).	29 mai 1872.	45 ans.	Développem. rapide de la tumeur onze mois auparavant. Ulcère de l'estomac. Amaigrissement.	7 ponctions. Quinquina et ferrugineux.	Kystome m culaire de re gauc flammat rulente d
5	Docteur Van Peteghem de Gand.	4 juillet 1872.	38 ans.	L'affection durait depuis huit ans. Amaigrissement considérable.	32 ponctions.	Kyste mu laire de droit.

IE PRATIQUÉES EN 1870-1872.

r, de Gand.

OPÉRATION					DESCRIPTION DE LA TUMEUR.	SUITES DE l'opération ET TRAITEMENTS.	Résultats.
on idue n- ı.	Adhérences.	Pédicule.	Hémorrhagie.	Ovaire extirpé.			
e he, n- es.	Pariétales et épiploïques.	Clamp circulaire de Spencer Wells.	Peu abondante.	Gauche.	Kystome multiloculaire, une loge contenant 12 litres de liquide.	Aucun fâcheux symptôme. Opiacés.	*Guérison.*
e ne ı- es.	Pariétales.	Clamp angulaire de Spencer Wells. Pédicule long de 6 centimètres.	Légère.	Droit.	Une grande loge et deux plus petites. Liquide clair et limpide.	Shok nerveux très-intense. Aucun symptôme inquiétant. Un petit abcès autour d'un des points de suture, ouvert au huitième jour. Opiacés.	*Guérison.*
e ne - es.	Pariétales et épiploïques.	Clamp angulaire. Pédicule long de 3 centimètres.	Nulle.	Gauche.	Uue seule loge renfermant plusieurs petites.	Aucun symptôme anormal. Citrate de potasse et opiacés.	*Guérison.*
e 5 è-	Pariétales épiploïques et diaphragmatiques.	Clamp angulaire. Pédicule court.	Assez notable.	Gauche.	Tumeur a petites loges multiples, 12 litres de liquide purulent fétide.	Les premiers jours état assez satisfaisant. Au troisième jour début d'une péritonite qui enlève la malade au sixième. Opiacés.	*Mort.*
e - s.	Pariétales, intestinales et au rein droit.	Clamp angulaire, Pédicule long d'environ 8 centimèt.	Peu abondante.	Droit.	Tumeur a log. multiples, content. 10 litres de liquide. Parties solides 1800 grammes.	Aucun symptôme anormal. Opiacés.	*Guérison.*